

**HAUPTDIAGNOSEN UND DAUER
DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT
INFOLGE ERKRANKUNG
IN EINER LANDPRAXIS**

Ulrike Schwarz



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547927_0128

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner

HAUPTDIAGNOSEN UND DAUER DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT INFOLGE
ERKRANKUNG IN EINER LANDPRAXIS

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ulrike SCHWARZ geb. HLAWA

aus

ReiBing

1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. P. Brandlmeier
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. N. Zöllner
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 10. Juni 1986

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	1
II. Die Aufgabenstellung	2
III. Erläuterungen zu einschlägigen Begriffen	4
IV. Ausführungsbestimmungen für die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit durch den niedergelassenen Arzt	7
V. Hauptdiagnosen	9
VI. Ein Blick in einschlägige Literatur	10
VII. Struktur der Praxis, in der die Untersuchungen durchgeführt wurden	13
VIII. Ausgangslage für die Untersuchungen	14
VIII, 1. Hauptdiagnosegruppen	15
VIII, 2. Statistisches Zahlenmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (erstellt bei der Quartalsabrechnung)	17
VIII, 3. Verteilung nach dem Geschlecht	22
VIII, 4. Altersverteilung bei den Arbeitsunfähigkeitsformularen	22
VIII, 5. Zahl der Erst- und Folgebescheinigungen	23
VIII, 6. Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen pro Monat und pro Quartal	23
VIII, 7. Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den einzelnen Diagnosegruppen	25
VIII, 8. Dauer der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des gesamten statistischen Materials	31
VIII, 9. Beginn und Ende der Krankschreibung (Wochentag)	33
VIII, 10. Einfluß des Berufs auf die Diagnose	36
IX. Diskussion der Ergebnisse	38
X. Zusammenfassung	43
XI. Literaturverzeichnis	44

I. EINLEITUNG

In der außerklinischen ärztlichen Praxis steht der Hausarzt tagtäglich nicht nur vor Entscheidungen über Diagnostik und Therapie, sondern auch vor einem dritten Problem: der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung.

Mit dieser Attestierung, gemeinhin als "Krankschreibung" bezeichnet, greift der Arzt in erheblichem Umfang in die wirtschaftliche Situation eines Staates ein, sowohl auf Arbeitnehmerseite, wie auch auf Arbeitgeberseite.

Der Ausfall von Lohn infolge Erkrankung (gelegentlich bis hin zur Existenzgefährdung) war der Hauptgrund, daß 1883 im damaligen Deutschen Reich die Gesetzliche Krankenversicherung installiert wurde (bald darauf auch in Österreich / Ungarn), nicht etwa wegen der Kosten für Diagnostik und Therapie.

Von Seiten der Arbeitgeberschaft wird jährlich die Höhe des sogenannten Produktionsausfalls infolge Krankmeldungen festgestellt. Die Betriebswissenschaft hat errechnet, daß für 1984 in der Bundesrepublik Deutschland der sogenannte Produktionsausfall infolge Krankmeldung die Höhe von 30 Milliarden DM erreichte.

II. DIE AUFGABENSTELLUNG

Über die Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung gibt es seit Jahrzehnten umfangreiches statistisches Material. Dieses Material, systematisch erhoben, sammeln die Gebietskörperschaften der Gesetzlichen Krankenversicherungen und veröffentlichen Zahlen. Es sind immer "globale" Zahlen. ("global" im Sinne von "allgemein" verstanden). Diese Zahlen sagen nichts aus über den Einzelfall oder die ärztliche Einzelpraxis, in der die Bescheinigung "Arbeitsunfähig" ausgestellt wird. Es gibt kaum Erhebungen aus Einzelpraxen (siehe Literaturverzeichnis), wie örtliche Gegebenheiten die Krankschreibung beeinflussen. Hier Erkenntnisse zu sammeln, ist nicht nur von ärztlichem Interesse, sondern auch aus soziologischen, psychologischen, ökologischen und wirtschaftlichen Gründen aufschlußreich. P. Brandlmeier und H. Pillau stellten 1976 einen Umdruck über "Krankschreibung und Krankenstand" (1) zusammen, aus dem folgende Auflistung zu entnehmen ist: Faktoren, die die Krankmeldung und damit die Krankschreibung beeinflussen:

Psychosoziale Faktoren:

1. Konstitution, Mentalität, Widerstandskraft, Symptomtoleranz, Arbeitsmoral
2. Familienverhältnisse, Lebensführung, Nebenbeschäftigungen
3. Arbeitsklima, Verbundenheit mit dem Betrieb, Verantwortung am Arbeitsplatz
4. Wohnverhältnisse, Arbeitsweg

Betriebliche Faktoren:

5. Betriebs- und Beschäftigungsart
6. Akkordarbeit, Schichtarbeit, Überstunden
7. Technische Situation am Arbeitsplatz
8. Einwirkung von Lärm, Hitze, Staub am Arbeitsplatz

Epidemiologische Faktoren:

9. Arbeitsmarktlage
10. Klimatische und meteorologische Bedingungen
11. Epidemiologische Belastungen
12. Soziale Absicherung
13. Gesundheitsbildung
14. Gesellschaftliche Normen und Werte

Der Krankenstand ist deshalb in der Regel auch:

- werkspezifisch
- gruppenspezifisch
- personenspezifisch

In dem erwähnten Umdruck wird weiter gesagt:

"Der Ratschlag, sich körperlich zu schonen und die Berufstätigkeit vorübergehend einzuschränken bzw. einzustellen, gehört zur Therapie. Man nennt diesen Vorgang allgemein die "Krankschreibung", der offizielle Begriff heißt "Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung". Sozialgesetzlich versteht man unter Krankschreibung die ärztliche Attestierung, daß ein Patient aus Krankheitsgründen nicht arbeitsfähig ist.

Die Initiative zur Krankmeldung geht meist vom Patienten aus. Der Arzt kann die Arbeitsunfähigkeitsmeldung nur dann ablehnen, wenn er sicher ist, daß der Patient entweder ein Simulant ist, oder ein offensichtlicher Versicherungsbetrug praktiziert werden soll. Beides ist selten."

Wie schon erwähnt, gibt es für die hier angeschnittenen Probleme zahlreiches "globales" statistisches Material, jedoch kaum Erhebungen dazu aus Einzelpraxen. Es war Aufgabe dieser Arbeit Fakten und Zahlen über die Krankschreibung aus einer niederbayerischen Landpraxis für das Jahr 1984 und 1985 zu gewinnen.

III. ERLÄUTERUNGEN ZU EINSCHLÄGIGEN BEGRIFFEN

1. Reichsversicherungsordnung (RVO)

Sie ist das Grundgesetz der Sozialversicherung und stellt eine Zusammenfassung der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung dar. Die RVO wurde 1911 erlassen und neugefaßt in den Jahren 1924, 1926, 1934 u. 1957 (12). Das zweite Buch der RVO behandelt die Krankenversicherung, das dritte Buch die Unfallversicherung. In der Bundesrepublik Deutschland sind derzeit mehr als 90 % der Bevölkerung nach den gesetzlichen Bestimmungen der RVO versichert.

2. Bundesmantelvertrag

Der Bundesmantelvertrag ist eine öffentlich-rechtliche Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den einzelnen Bundesverbänden der Krankenkassen. (12).

3. Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung

Arbeitsunfähigkeit liegt im Sinne des § 182 RVO vor, wenn

- a: der Arbeitnehmer infolge einer Erkrankung sofort und gegenwärtig nicht in der Lage ist, seiner vertragsmäßigen Arbeit nachzugehen oder
- b: der Arbeitnehmer nur unter der Gefahr, in absehbarer Zeit seinen Zustand zu verschlimmern, in der Lage ist, seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, oder
- c: der Arbeitnehmer aus einem Krankenhaus oder einer Heilstätte entlassen wird und ihm Schonung im Sinne der Enthaltung von der Arbeit ärztlich verordnet wird, weil sonst ein Rückfall zu befürchten ist.

4. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

Nach § 12 Abs. 3 des Bundesmantelvertrags sollte die Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

5. Krankschreibung

"Krankschreibung" ist der inoffizielle Ausdruck für die nach den Sozialgesetzen gültige Bezeichnung "Arbeitsunfähigkeit wegen Erkrankung". Die Bezeichnung "Krankschreibung" ist weit verbreitet, sie wird vor allem innerhalb der Arbeitgeber- wie der Arbeitnehmerverbände häufig gebraucht. Unter den Patienten oder den Betriebsangehörigen ist weiter die Bezeichnung "Krankfeiern" üblich. Dazu ist bei W. Kellner "Der betriebliche Krankenstand und seine soziologischen Ursachen" (11) nachzulesen: "Daß Arbeiter "krank feiern", wenn sie in der eigenen Landwirtschaft dringend gebraucht werden, kommt zweifellos vor, aber, wie es scheint, nur unter bestimmten Voraussetzungen. Einmal dann, wenn der Ehepartner, der sonst die Landwirtschaft versorgt, krank ist. Zum anderen dann, wenn ein geschlossener Betriebsurlaub es unmöglich macht, den Jahresurlaub tageweise dann zu nehmen, wenn man ihn braucht, und wenn ein unbezahlter Sonderurlaub ungern gewährt wird."

6. Krankenstand

Unter "Krankenstand" versteht man die Fehlzeiten wegen Krankheit in den Betrieben. "Krankenstand" ist ein Begriff der Arbeitswissenschaft, der Arzt bestimmt über die "Krankschreibung" die Höhe des "Krankenstandes". Dazu H. Stirn und H. Paul in "Der Aussagewert des Krankenstandes" (19).

"Man kann annehmen, daß in unseren Betrieben täglich im Durchschnitt zwischen 5 und 7 v.H. der Arbeitnehmer wegen Krankheit fehlen. Bei 26 Millionen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland würden bei einem Krankenstand von 5 % täglich 1,3 Mill. Arbeitnehmer am Arbeitsplatz fehlen, bei einem Krankenstand von 7 % sogar 1,8 Millionen und bei einem Krankenstand von 4,5 %, wie etwa im Jahr 1984, würden täglich 1,17 Millionen am Arbeitsplatz fehlen.

Die Arbeitswissenschaft spricht von einem "steigenden" und einem "fallenden" Krankenstand. Man weiß seit langem, daß dies abhängig ist von der wirtschaftlichen Lage eines Staates, und das gilt nicht nur für die Bundesrepublik Deutschland, sondern auch für alle industrialisierten Staaten, ausgenommen Japan.

Dazu ein Text aus H. Schaefer und M. Blohmke "Sozialmedizin" (16):
"Die schillernde Natur des Zustandes, den wir "Krankheit" nennen, und seine fließenden Übergänge teils zu sozialen Konflikten, teils zu offenbarem Betrug (auch wenn es selten vorkommt), machen den Begriff "Krankenstand" problematisch."

7. Anschlußheilverfahren

Unter einem Anschlußheilverfahren versteht man Heilverfahren, in so-
fortigem oder baldigem Anschluß an eine Krankenhauspflege, oder Heil-
verfahren nach längerer Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Krank-
heit. (12)

Heilverfahren sind entweder

- a) Maßnahmen einer Berufsgenossenschaft zur Wiederherstellung oder
Besserung der Gesundheit eines Verletzten oder Kranken oder
- b) Maßnahmen eines Rentenversicherungsträgers zur Erhaltung,
Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eines
Versicherten (§ 546 ff RVO)

IV. AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN FÜR DIE ATTESTIERUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN NIEDERGELASSENEN ARZT

Für die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit (AU) infolge Erkrankung ist der Arzt an ein bestimmtes Formular gebunden, das einheitlich für alle Krankenkassen verwendet wird. Im § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO ist die Verpflichtung für den Arzt verankert, eine AU-bescheinigung auszustellen.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Seit der Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes 1970 muß der Arbeitgeber im Falle einer Krankheit 6 Wochen das Arbeitsentgelt fortzahlen, gleichzeitig mit dem Lohnfortzahlungsgesetz wurde 1970 die AU-bescheinigung eingeführt.

Im § 12 Abs. 1 BMV-Ärzte wird dazu betont, daß die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit eine besondere Sorgfalt erfordert. Eine AU-bescheinigung ist nur auf Grund einer ärztlichen Untersuchung und unter sorgfältiger Abwägung aller Umstände zu stellen. So ist es z.B. verständlich, daß gleiche Diagnosen unter Berücksichtigung des Berufs nicht bei jedem Patienten zur Krankschreibung führen müssen. Ein Metzger mit einer Schnittwunde an der Hand ist z.B. nicht in der Lage seine Arbeit auszuführen, während ein Arbeitnehmer, der seine Hände bei der Arbeit nicht in dem Maße benötigt (wie z.B. eine Bürokraft) mit derselben Diagnose keine Krankschreibung erhalten wird.

Formular

Für die Versicherten der RVO-kassen und der Ersatzkassen ist das mit den Kassen vereinbarte Muster 1 a-c zu verwenden.

- 1a: für den Arbeitgeber (ohne Diagnose)
 - 1b: für die Krankenkasse (mit Angaben zu Befund und Diagnose)
 - 1c: für den Arzt (Aufbewahrungspflicht 12 Monate)
- (siehe Abbildung)

Der Arbeitgeber ist 6 Wochen zur Fortzahlung des Arbeitsentgelts verpflichtet. Ab der 7. Woche müssen die Krankenkassen bei Fortdauer der Krankheit Krankengeld zahlen, die Höhe des Krankengeldes beträgt 80 %

des Regellohnes. (§ 182 RV0). Die Zahlung von Krankengeld ist auf 78 Wochen befristet (für diesselbe Krankheit innerhalb drei Jahren).

Danach muß Berentung erfolgen, oder die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Formular für Arbeitsunfähigkeit wegen Erkrankung

li.

re.

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name des Versicherten			Vorname		geb. am	
Arbeitgeber (Dienststelle)/Mitgl.-Nr.						
Wohnung des Patienten						

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Durchschlag für den Arzt

Erstbescheinigung ☐ *)

Folgebescheinigung ☐

Arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich

--	--	--	--	--	--	--	--

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

☐ *)

Festgestellt am: _____

Unterschrift des Arztes

Befund: _____

Diagnose: _____

Dem Durchgangsarzt zugewiesen

☐ *)

Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen

☐

Versorgungsleiden

☐

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen durch die Krankenkasse für erforderlich gehalten (z.B. Badekur, Heilverfahren, V&D)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Muster 1 c (4.1979)

Es werden drei Ausfertigungen ausgestellt.

Die erste Ausfertigung, jedoch nur die linke Seite, wird dem Erkrankten zur Vorlage beim Arbeitgeber ausgehändigt. Dieser Teil erhält keine Diagnose.

Die zweite Ausfertigung (linke und rechte Seite) geht am Tag der Krankschreibung per Post an die Krankenkasse.

Die dritte Ausfertigung (linke und rechte Seite) verbleibt beim Hausarzt.

V. HAUPTDIAGNOSEN

Besteht bei einem Patienten eine Multimorbidität, d. h. liegen zwei oder mehrere Krankheiten oder Schäden zu gleicher Zeit vor - keineswegs eine seltene Situation - so führt gewöhnlich nur eine Erkrankung zur Aufnahme der Therapie von Seiten des Kranken. Man nennt dann diese Diagnose die Hauptdiagnose. Die weiteren, eventuell noch zu eruierenden Gesundheitsstörungen rangieren dann unter "Nebendiagnosen". Damit wird keinerlei Aussage gemacht über die Wertigkeit hinsichtlich einer einzuschlagenden Therapie, Prognose oder Prophylaxe. Eine ganz alltägliche Situation liegt oft vor bei dem Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Nur eine der Diagnosen führt zur Attestierung der Arbeitsunfähigkeit. Wo in der vorliegenden Arbeit Diagnosen benannt werden, handelt es sich immer um die "Hauptdiagnose", die die Arbeitsunfähigkeit ausgelöst hat.

VI. EIN BLICK IN EINSCHLÄGIGE LITERATUR

Die Krankschreibung als therapeutische Maßnahme kann aus verschiedenen Blickwinkeln gesehen werden.

Über die Problematik äusserte H. Sopp 1974 (18): "Die Krankschreibung ist paradigmatisch für die Notwendigkeit des in eigener Verantwortung arbeitenden Allgemeinarztes. Sie ist eine der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen und hat gleichzeitig eine große ökonomische Bedeutung. Es ist nicht möglich, die beiden konstitutiven Entscheidungsmaßnahmen - die Kenntnis des Patienten und seiner Krankheit, wie das Wissen von der beruflichen Belastung am Arbeitsplatz - zu reglementieren. Die Beurteilung ist allein vom Wissen und Können des behandelnden Arztes abhängig, und man kann sie weder rationalisieren noch automatisieren. Wie bei allen therapeutischen Maßnahmen muß der Arzt bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die Gesamtsituation des Kranken, Soma, Psyche und Umwelt in seine Überlegung einbeziehen."

Desweiteren führt S. Häussler (8) aus, daß der Mensch nicht nur mit den Augen des Naturwissenschaftlers wie eine Ansammlung von Details gesehen werden darf, sondern daß man den ganzen Menschen in seinem Lebensbereich unter Einbeziehung der Arbeitswelt und der gesellschaftlichen Situation sehen muß.

E. Hoch (10) ist der Auffassung, daß die Arbeitsunfähigkeit drei Steuerungsmechanismen unterliegt:

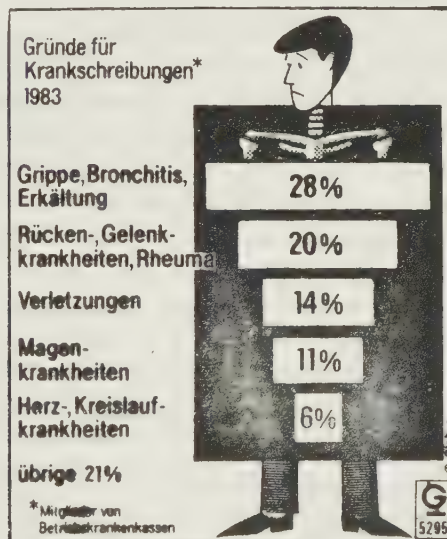
1. die normative Steuerung durch den Gesetzgeber
2. die biologische Steuerung durch die Ärzte
3. die individuelle Steuerung durch den Patienten

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch die Ärzte ist oft schwierig, weil die Medizin ein komplexes und kompliziertes Fach ist, und sich z.B. unter banalen Symptomen schwerwiegende Erkrankungen verstecken können, was von den Ärzten berücksichtigt werden muß.

In dem 1963 von H. Stirn veröffentlichtem Buch "Der Aussagewert des Krankenstandes" sind folgende Feststellungen gemacht: "Man kann annehmen, daß in unseren Betrieben täglich im Durchschnitt 5 bis 7 v. H. der Arbeitnehmer wegen Krankheit fehlen..... Aus diesen Zahlen ergibt sich die wirtschaftliche Bedeutung, d. h. die Belastung für unsere Volkswirtschaft sowie die Unternehmungen."

In dem von H. Schaefer und M. Blohmke 1978 herausgegebenem Buch "Sozialmedizin" (16) ist zu lesen: "Die sogenannten Betriebskrankenkassen erfassen die Krankenstände verständlicherweise genauer, da sie eng mit den Betrieben zusammenarbeiten."

Nimmt man die von den Betriebskrankenkassen für 1983 veröffentlichten Zahlen über die "Gründe für Krankschreibungen" zur Hand, so ergibt sich folgender Überblick:



Nach S. Häussler (8) sind 30 % aller Diagnosegruppen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, den banalen Infektionen zuzurechnen. An zweiter Stelle stehen die Skeletterkrankungen, darin ist der rheumatische Formenkreis erfaßt, aber auch die Arthritiden und Arthrosen sowie die Verletzungen. An dritter Stelle stehen die Erkrankungen der Verdauungsorgane.

S. Häussler (8) stellte die Kriterien, die der Arzt unter Umständen bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu beachten hat, in folgender Tabelle zusammen.

Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit

1. ausgehend vom Patienten selbst
 - a. seiner Konstitution, Mentalität, Widerstandskraft, Arbeitsmoral, Symptomentoleranz
 - b. seinen Familienverhältnissen, seiner Lebensführung, Urlaubsgestaltung, Nebenbeschäftigung, Alter. Bei Frauen Doppelbelastung Familie-Beruf
 - c. Dauer und Art der Verbundenheit mit dem Betrieb, seinen Beziehungen zu Vorgesetzten und Mitarbeitern
 - d. seinen Wohnverhältnissen, dem Arbeitsweg und der Art des Transportes zum Betrieb
2. ausgehend vom Arbeitsplatz
 - a. Betriebs- und Beschäftigungsart
 - b. Akkord- und Überstunden oder Schichtarbeit
 - c. Technische Entwicklung des Betriebes und Beschaffenheit der Werksanlagen
 - d. Arbeitsintensität, Unfallschutz, Betriebsklima
 - e. Gestaltung des Arbeitsplatzes und Belastung durch Lärm, Hitze, Staub u.s.w.
3. ausgehend von Umweltfaktoren
 - a. Arbeitsmarktlage
 - b. klimatische und meteorologische Bedingungen
 - c. epidemiologische Belastungen und Impfschutz
 - d. soziale Absicherung
 - e. Gesundheitsbildung, gesellschaftliche Werte und Normen

VII. STRUKTUR DER PRAXIS, IN DER DIE UNTERSUCHUNGEN
DURCHGEFÜHRT WURDEN

Die Praxis liegt in Niederbayern, ca. 10 km entfernt von einer Kleinstadt, in einer Gemeinde mit ca. 2000 Einwohnern, und hat im Durchschnitt 850 bis 950 kassenärztliche Patienten (RVO-kassen und Ersatzkassen) im Quartal.

Die Zusammensetzung der Patienten nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse ist wie folgt:

ca. 300 Patienten der Landkrankenkasse (LKK)

ca. 440 Patienten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)

ca. 80 Patienten der Ersatzkrankenkassen,

der Rest teilt sich auf sonstige RVO-kassen und Sozialhilfe auf. Hausbesuche werden im Schnitt bis zu 50 in der Woche durchgeführt, begründet durch einen relativ hohen Rentneranteil der Praxis, sowie durch weite Entfernungen der einzelnen, zur Gemeinde zählenden, Dörfer.

Räumlichkeiten:

- 1 Anmeldung
- 1 Wartezimmer
- 1 Sprechzimmer
- 1 Untersuchungszimmer
- 1 EKG- und Laborraum
- 2 Toiletten

Apparative Ausstattung:

Ein EKG-dreifachschreiber, 3 Untersuchungsliegen (eine davon kann zu einem gynäkologischen Untersuchungsstuhl umfunktioniert werden), 1 Mikroskop, 1 Zentrifuge, 1 Reflocheckblutzuckermeßgerät, 1 Reflomat-blutzuckermeßgerät, 1 diagnostische Wandeinheit mit Augen-, Kehlkopf- und Ohrenspiegel, 2 Schreibmaschinen.

Laborparameter, die selbst bestimmt werden:

Blutkörperchensenkung, Blutzucker, Urin: Teststreifen und Sediment. Es besteht Anschluß an eine Laborgemeinschaft.

Zytologische Abstriche werden außer Haus in einem Zytologielabor untersucht.

Gewebeproben werden zur histologischen Untersuchung an ein pathologisches Institut gesandt.

In der 10 km entfernten Kleinstadt mit 44000 Einwohnern bestehen zahlreiche

weiterführende diagnostische Möglichkeiten, einschließlich Computertomographie und Szintigraphie. Es sind außerdem alle ärztlichen Fachgebiete ausreichend vertreten.

VIII. AUSGANGSLAGE FÜR DIE UNTERSUCHUNGEN

Es wurden in der Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Quartale III/1984, IV/1984, I/1985, II/1985 ausgewertet, also praktisch über ein Jahr der eigenen Landpraxistätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeitsformulare wurden nach folgenden Gesichtspunkten untersucht:

1. Hauptdiagnosegruppen
2. Statistisches Zahlenmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (erstellt bei der Quartalsabrechnung)
3. Verteilung nach dem Geschlecht
4. Altersverteilung bei den Arbeitsunfähigkeitsformularen
5. Zahl der Erst- und Folgebescheinigungen
6. Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen pro Monat und pro Quartal
7. Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den einzelnen Hauptdiagnosegruppen
8. Dauer der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des gesamten statistischen Materials
9. Beginn und Ende der Krankschreibung (Wochentag)
10. Einfluß des Berufs auf die Diagnose

VIII/1 Hauptdiagnosegruppen

A. "Erkältungskrankheiten"

Tab.1:Zahl der Fälle(108),die Arbeitsunfähigkeit auslösten,aufgegliedert nach Diagnosen und Fallzahl

Diagnose	Zahl der Fälle
1. Angina tonsillaris, Lymphadenitis colli	24
2. Bronchitis	21
3. Grippaler Infekt	49
4. Sinusitis	4
5. Pneumonie	4
6. Otitis media	2
7. V.a.Röteln	1
8. V.a.Myocarditis	1
9. Pharyngitis	2

B. Krankheiten des Bewegungsapparat

Tab.2:Zahl der Fälle(77),die Arbeitsunfähigkeit auslösten,aufgegliedert nach Diagnosen und Fallzahl

Diagnose	Zahl der Fälle
1. Lumbalgie, LWS-syndrom V.a. Discusprolaps	24
2. Distorsionen	10
3. Arthritiden, Gicht	9
4. HWS-syndrom, Occipitaln.	9
5. Zerrungen, Prellungen	7
6. Schulter-Arm-syndrom	6
7. Frakturen, Z.n. Frakturen	5
8. Tendovaginitis	3
9. Bursitis	1
10. Epicondylitis	1
11. BWS-syndrom, Intercostal- neuralgie	1
12. Nagelextraktion	1

C. Magen-Darm-Erkrankungen

Tab.3:Zahl der Fälle(25),die Arbeitsunfähigkeit auslösten,aufgegliedert nach Diagnosen und Fallzahl

Diagnose	Zahl der Fälle
1. Ulcera	9
2. Gastritis	4
3. Gastroenteritis	12

D. Verletzungen, Schnittwunden

13 Fälle von Arbeitsunfähigkeit wurden untersucht, darunter waren 3 Verlängerungen.

E. Sonstige Diagnosen

Tab.4:Zahl der weiteren Fälle(26),die Arbeitsunfähigkeit auslösten,aufgegliedert nach Diagnosen und Fallzahl

Diagnose	Zahl der Fälle
1. Kreislaufstörungen	5
2. Z.n. Operationen	3
3. Abszesse	2
4. Generalisiertes Ekzem	1
5. Depression	1
6. Akuter Hörsturz	1
7. Endocarditis	1
8. Migräneanfall	1
9. Nierenkoliken, Harnleiterstein	1
10. Akute Konjunktivitis	1
11. Epilepsie	1
12. Cystopyelitis	1
13. Quinckeödem	1
14. Varikocele testis	1
15. Septikämie (Zahnextraktion)	1
16. Morbus-Meniére-Verdacht	1
17. Commotio cerebri	1
18. Mamma-ca-rezidiv	1
19. Arzneimittelallergie	1

Wie die Aufstellungen zeigen, verteilen sich die Diagnosen, die zur Krankschreibung führen, vorwiegend auf die sog. Erkältungskrankheiten und auf die Erkrankungen des Bewegungsapparates.

VIII/2 Statistisches Zahlenmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung
Bayern für die Praxis, die untersucht wurde

Aus diesen Zahlen wurden die Angaben über die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gewonnen.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen können nur für Mitglieder ausgestellt werden, nicht für Familienmitversicherte oder Rentner.

Tab.5: Krankenscheinzahl für Mitglieder der RVO-kassen
im dritten Quartal 1984 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmit- versicherte	Rentner
753	236	213	304
in %	31 %	28 %	41 %

Tab.6: Krankenscheinzahl für Mitglieder der RVO-kassen
im vierten Quartal 1984 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmit- versicherte	Rentner
775	242	219	314
in %	31 %	28 %	41 %

Tab.7:Krankenscheinzahl für Mitglieder der RVO-Kassen
im ersten Quartal 1985 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmit- versicherte	Rentner
858	282	249	327
in %	33 %	29 %	38 %

Tab.8:Krankenscheinzahl für Mitglieder der RVO-Kassen
im zweiten Quartal 1985 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmit- versicherte	Rentner
811	255	231	325
in %	31 %	29 %	40 %

Statistisches Zahlenmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern
für die Praxis, die untersucht wurde (Ersatzkrankenassen)

Tab.9:Krankenscheinzahl für Mitglieder der Ersatzkranken-
kassen im dritten Quartal 1984 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmit- versicherte	Rentner
82	52	22	8
in %	63 %	27 %	10 %

Tab.10:Krankenscheinzahl für Mitglieder der Ersatzkranken-
kassen im vierten Quartal 1984 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmit- versicherte	Rentner
79	47	24	8
in %	60 %	30 %	10 %

Tab.11:Krankenscheinzahl für Mitglieder der Ersatzkrankenkassen im ersten Quartal 1985 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmitversicherte	Rentner
104	62	35	7
in %	60 %	33 %	7 %

Tab.12:Krankenscheinzahl für Mitglieder der Ersatzkrankenkassen im zweiten Quartal 1985 in der untersuchten Praxis

Gesamtzahl	Mitglieder	Familienmitversicherte	Rentner
91	54	28	9
in %	60 %	30 %	10 %

Informationsblatt über Verordnungskosten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (nur die RVO-kassen betreffend)

Tab.13:Abgeschlossene Fälle,die bei der Auswertung erfaßt wurden(drittes Quartal 1984)

Anzahl der amb. Fälle	M	F	R
742	231	211	300
%-anteil	32 %	28 %	40 %

Tab.14:Abgeschlossene Fälle,die bei der Auswertung erfaßt wurden(viertes Quartal 1984)

Anzahl der amb. Fälle	M	F	R
763	236	218	309
%	31 %	29 %	40 %

M = Mitglieder/ F = Familienmitversicherte/ R = Rentner

Tab.15:Abgeschlossene Fälle,die bei der Auswertung
erfaßt wurden(erstes Quartal 1985)

Anzahl der amb. Fälle	M	F	R
848	277	248	323
%	33 %	29 %	38 %

Tab.16:Abgeschlossene Fälle,die bei der Auswertung
erfaßt wurden(zweites Quartal 1985)

Anzahl der amb. Fälle	M	F	R
797	251	228	318
%-anteil	31 %	29 %	40 %

Informationsblatt über Verordnungskosten (erstellt von der Kassenärzt-
lichen Vereinigung Bayerns,(nur RVO-Kassen betreffend)

Tab.17:Arbeitsunfähigkeit von Mitgliedern der RVO-Kassen
(statistische Angaben der abrechnenden KV für III/1984)

Abgeschlossene Fälle	Häufigkeit auf 100 Behandlungs- fälle	Arztgruppe	AU-tage ins- gesamt	je Fall	Arzt- gruppe
45	19,5	25,0	273 Tage	6,1	14,6

Es wurden 45 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von 231 Mitgliedern ge-
zählt. In Prozent sind es 19,48 %. Das heißt: im dritten Quartal 1984
erhielten 19,48 % der Mitglieder (Arbeitnehmer) eine Arbeitsunfähig-
keitsbescheinigung.

Tab.18:Arbeitsunfähigkeit von Mitgliedern der RVO-Kassen
(statistische Angaben der abrechnenden KV für IV/1984)

Abgeschlossene Fälle	Häufigkeit auf 100 Behandlungsfälle	Arztgruppe	AU-tage insgesamt	je Fall	Arztgruppe
53	22,5	30,2	593 Tage	11,2 Tage	13,7 Tage

Es wurden 53 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von 236 Mitgliedern gezählt, in Prozent sind es 22,5 %. Das heißt: im vierten Quartal 1984 erhielten 22,5 % der Arbeitnehmer eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Tab.19:Arbeitsunfähigkeit von Mitgliedern der RVO-Kassen
(statistische Angaben der abrechnenden KV für I/1985)

Abgeschlossene Fälle	Häufigkeit auf 100 Behandlungsfälle	Arztgruppe	AU-tage insgesamt	je Fall	Arztgruppe
59	21,3	35,2	430 Tage	7,3	12,7

Es wurden 59 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von 277 Mitgliedern gezählt, in Prozent sind es 21,3 %. Das heißt: 21,3 % der Mitglieder (=Arbeitnehmer) erhielten im ersten Quartal 1985 eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Tab.20:Arbeitsunfähigkeit von Mitgliedern der RVO-Kassen
(statistische Angaben der abrechnenden KV für II/1985)

Abgeschlossene Fälle	Häufigkeit auf 100 Behandlungsfälle	Arztgruppe	AU-tage insgesamt	je Fall	Arztgruppe
45	17,9	26,7	356 Tage	7,9	13,8

Es wurden 45 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von 251 Mitgliedern gezählt, in Prozent sind es 17,9 %. Das heißt: im zweiten Quartal 1985 erhielten 17,9 % der Mitglieder (=Arbeitnehmer) eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

VIII/3 Verteilung nach dem Geschlecht

Ausgewertet wurden 303 AU-bescheinigungen.

Davon waren

Frauen	Männer
91	212

VIII/4 Altersverteilung auf den AU-bescheinigungen

Tab.21: Altersverteilung auf den AU-bescheinigungen,
aufgeschlüsselt nach männlich und weiblich

Alter	Frauen	Männer
15-20 Jahre	37	54
21-30 Jahre	25	67
31-40 Jahre	10	32
41-50 Jahre	8	35
51-60 Jahre	8	24
über 60 Jahre	2	1

Es zeigt sich bei den Frauen ein eindeutiger Gipfel in der Krankschreibung in der Altersgruppe der 15 - 20-Jährigen, und in der Altersgruppe der bis zu 30-Jährigen.

Die Ursache dürfte wohl darin zu sehen sein, daß viele erwerbstätige Frauen mit der Eheschließung ihre Berufstätigkeit aufgeben.

Bei den Männern verteilt sich die Krankschreibung auf alle Altersgruppen mit einem Maximum der Krankschreibung in der Altersgruppe der 21-30-Jährigen.

VIII/5 Zahl der Erst- und Folgebescheinigungen

Ausgewertet wurden 314 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Davon waren:	Erstbescheinigungen	246
	Folgebescheinigungen	68

VIII/6 Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen pro Monat und pro Quartal

Tab.22:Anzahl der AU-formulare pro Quartal

Quartal	Anzahl der abgeschlossenen Fälle
3/1984	45
4/1984	53
1/1985	59
2/1985	45

Tab.23:Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf die einzelnen Monate

Zeitraum	Zahl der AU-fälle
Juli 84	22
August 84	19
September 84	20
Oktober 84	26
November 84	28
Dezember 84	22
Januar 85	24
Februar 85	37
März 85	45
April 85	28
Mai 85	20
Juni 85	23

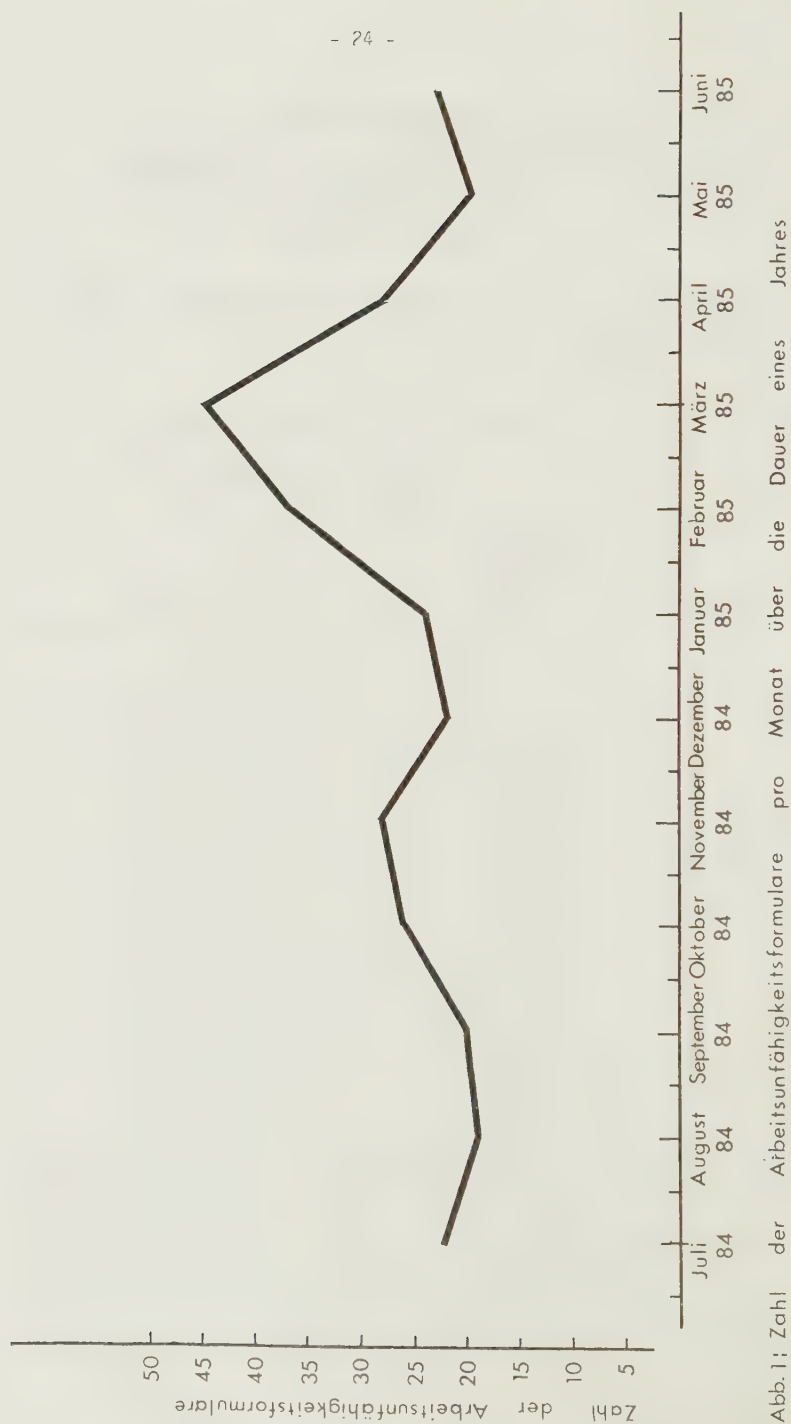


Abb. 1: Zahl der Arbeitsunfähigkeitsformulare pro Monat über die Dauer eines Jahres

Ausgewertet wurden 314 AU-bescheinigungen. (Erst- und Folgebescheinigungen).

Die hohe Anzahl der AU-bescheinigungen im Februar/März 1985 wurde durch eine Grippewelle bedingt.

VIII/7 Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den einzelnen Diagnosegruppen

108 Fälle mit der Hauptdiagnose "Erkältungskrankheit" wurden ausgewertet, insgesamt 125 AU-bescheinigungen (Erst- und Folgebescheinigungen).

Dabei zeigte sich ein Maximum in der Dauer der Krankschreibung bei 4, 5 und 6 Tagen. Nur wenige Patienten wurden wegen einer Erkältungskrankheit länger als eine Woche krank geschrieben.

3 Fälle mit einer überdurchschnittlich langen Krankheitsdauer wurden näher untersucht:

1. 13 Tage Dauer: 28-jähriger Elektriker mit einer rechtsseitigen Pneumonie
2. 16 Tage Dauer: 62-jährige Diabetikerin, Arbeiterin in einer Ziegelei-fabrik mit Bronchitis
3. 29 Tage Dauer: 54-jährige Schneiderin mit nicht bestätigtem Myokarditisverdacht

Tab.24:Zahl der Patienten,aufgeschlüsselt nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Erkältungskrankheiten

Patientenzahl	Arbeitsunfähig-keitstage
1	1
2	2
7	3
33	4
24	5
18	6
6	7
2	8

Patientenzahl	Arbeitsunfähig-keitstage
4	9
5	10
3	11
-	12
1	13
-	14
-	15
1	16
1	29

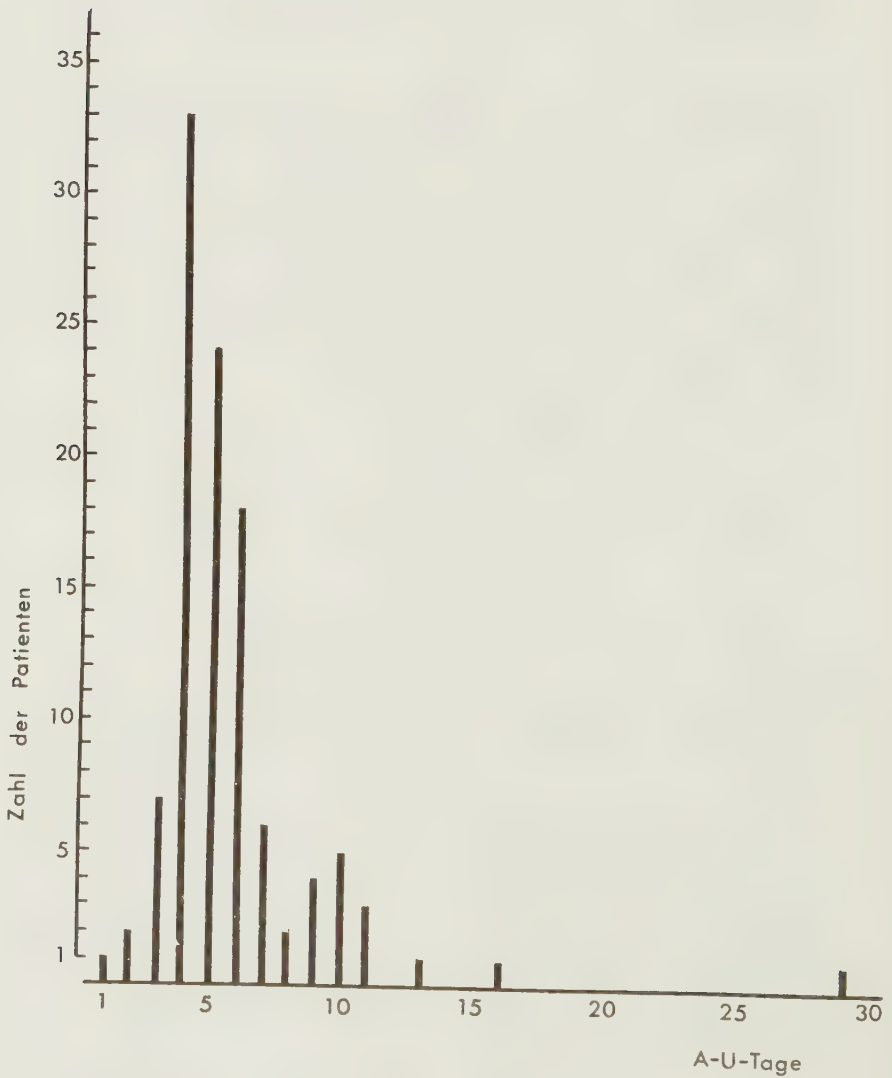


Abb.2: Erkältungskrankheiten
Zahl der Patienten; aufgeschlüsselt nach der Dauer der
Arbeitsunfähigkeit

Krankheiten des Bewegungsapparates

115 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wurden ausgewertet, davon 45 Verlängerungen. Insgesamt waren es 70 Fälle von Arbeitsunfähigkeit.

Tab.25:Zahl der Patienten,aufgeschlüsselt nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankungen des Bewegungsapparates

Zahl der Patienten	Dauer der Krankschreibung(Tage)
-	1
1	2
4	3
10	4
18	5
9	6
7	7
4	8
3	9
2	10
2	11
4	12
1	13
0	14
0	15
1	16
1	17
0	18
1	19
0	20
1	22
1	30
1	31
1	33
1	42
1	43
1	46
1	73 !

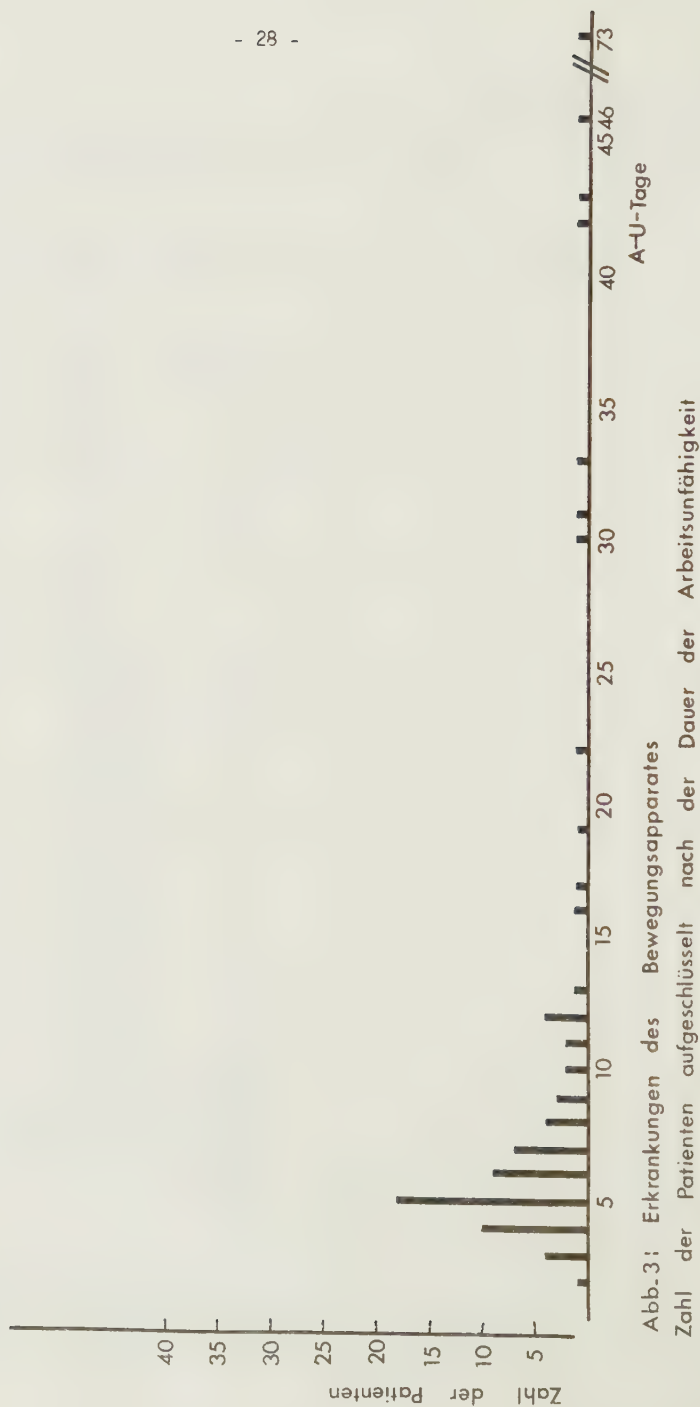


Abb. 3: Erkrankungen des Bewegungsapparates
Zahl der Patienten aufgeschlüsselt nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Hauptdiagnose-Magen-Darm-störungen

Ausgewertet wurden 29 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Davon waren 4 Verlängerungen, d.h. 25 Fälle (Patienten) waren es insgesamt.

Tab.26:Zahl der Patienten,aufgeschlüsselt nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Zahl der Patienten	Dauer der Krankschreibung (Tage)
0	1
0	2
3	3
7	4
6	5
2	6
3	7
0	8
0	9
1	10
1	11
0	12
1	33

Auch bei den Magen-Darm-erkrankungen beträgt die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung nicht mehr als eine Woche.

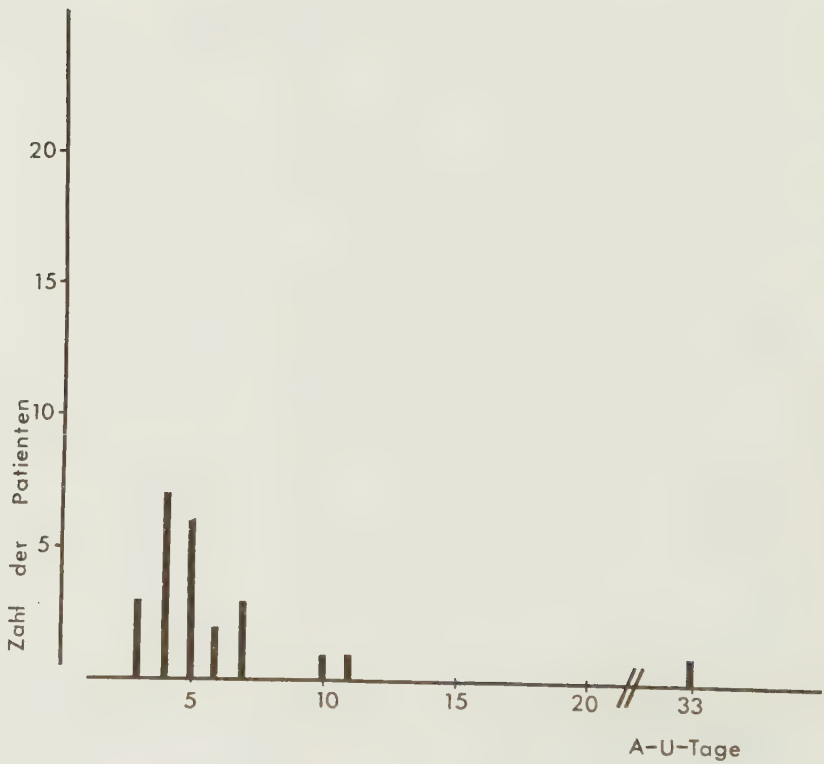


Abb.4: Erkrankungen des Verdauungstraktes
Zahl der Patienten, aufgeschlüsselt nach der Dauer der
Arbeitsunfähigkeit

VIII/8 Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage bezogen auf alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

251 Fälle wurden ausgewertet.

Tab.27:Zahl der Patienten,aufgeschlüsselt nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit,unter Berücksichtigung des gesamten Patientengutes

Zahl der Patienten	Dauer der Krankschreibung(Tage)
1	1
3	2
16	3
56	4
56	5
36	6
21	7
8	8
11	9
8	10
7	11
5	12
3	13
0	14
0	15
4	16

Zahl der Patienten	Dauer der Krankschreibung(Tage)
2	17
0	18
1	19
0	20
0	21
1	22
1	29
1	30
1	31
2	33
1	42
1	43
1	46
1	48
2	49
1	73



Abb-5: Zahl der Patienten, aufgeschlüsselt nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (gesamtes Patientengut)

VIII/9 Beginn und Ende der Krankschreibung (Wochentag)

251 Patientenunterlagen wurden ausgewertet.

Tab.28:Beginn und Ende der Krankschreibung(Wochentag)

Wochentag	Anzahl der Tage (Beginn der Krank- schreibung)	Anzahl der Tage (Ende der Krank- schreibung)
Montag	89	10
Dienstag	69	14
Mittwoch	35	18
Donnerstag	41	20
Freitag	17	54
Samstag	0	53
Sonntag	0	82

Die höchste Anzahl von Krankschreibungen erfolgte am Beginn der Woche, am Montag und Dienstag. Oft waren die Patienten schon am Wochenende erkrankt. Von vielen Arbeitnehmern wurde am Montag ein Arbeitsversuch gemacht, so läßt sich die hohe Anzahl von Krankschreibungen am Dienstag erklären.

Das Ende der Krankschreibung wurde am häufigsten zum Ende der Woche datiert.

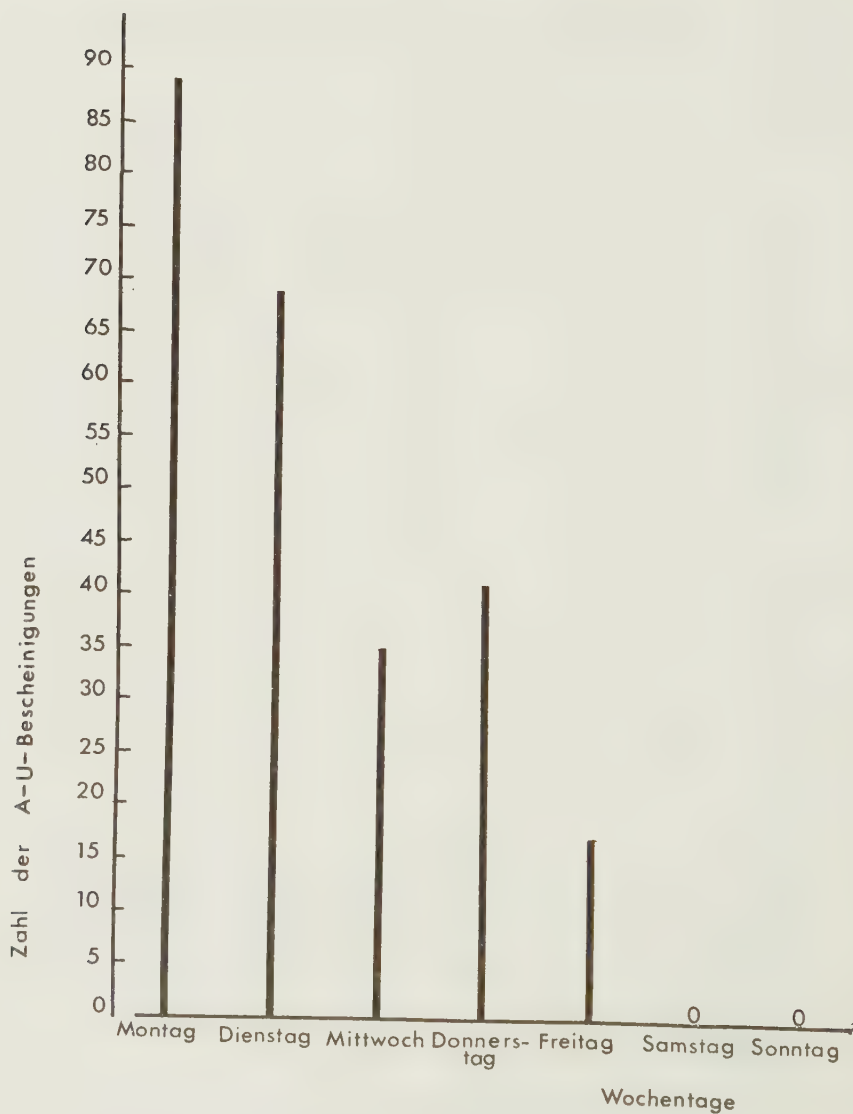


Abb. 6: Beginn der Krankschreibung, aufgeschlüsselt nach dem Wochentag

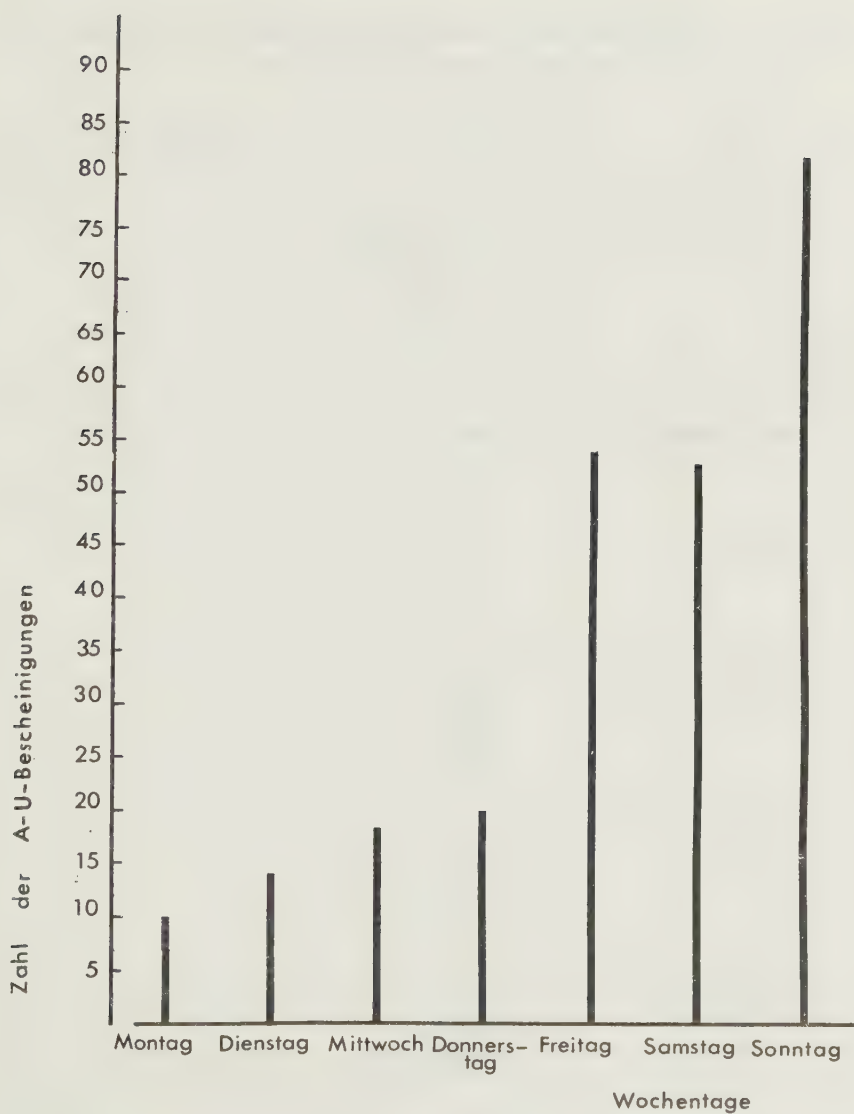


Abb.7: Ende der Krankschreibung, aufgeschlüsselt nach dem Wochentag

VIII/10 Einfluß des ausgeübten Berufs auf die Diagnosen auf den
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Diagnosen	Berufe	Zahl der Patienten
Lumbalgie, Discus- prolaps	Karosseriebauer Lastwagenfahrer Büroangestellte Schreiner KFZ-mechaniker Schneiderin Altenpflegerin Maurer	2 2 1 5 1 1 1 1
HWS-syndrom, Occipi- talneuralgien	Schneiderin Büroangestellte BMW-staplerfahrer	1 4 2
Schulter-Arm- Syndrom	BMW-Karosserie- bauer Lastwagenfahrer Maurer	2 2 1
Tendovaginitis	BMW-Karosserie- bauer Maurer Bürokraft (bedient Computertastatur)	1 1 1
Distorsionen	Maurer BMW-Karosserie- bauer Schlosser Schreiner	2 2 1 2
Gastritis Ulcera ventr. et duodeni	Maurer BMW-Akkordarbeit. Schreiner Büroangestellte	4 4 1 4

Es zeigt sich, daß bei bestimmten Berufsgruppen mit einseitiger Belastung bestimmter Gelenke oder Muskelgruppen häufig ähnliche Diagnosen gestellt werden. Dazu schreibt H. Busse (2) in seinem Referat "Über das Problem des Krankenstandes": "Ein besonderes Kapitel stellen die Überlastungsschäden dar. Insbesondere zwingt die Arbeit am Band oft zu unphysiologischen

Bewegungen, die auf die Dauer zu Sehnen- und Gelenkkapselreizungen führen müssen. Sollen wir solche Arbeiter, die über Sehnenansatzschmerzen klagen, bei denen aber noch nichts Objektives festzustellen ist, so lange weiterarbeiten lassen, bis es richtig knirscht."

Und weiter führt er aus: "Wenn jemand täglich im Rhythmus von einigen Minuten einen nur mittelschweren Gegenstand seitlich vom Boden her auf das Band heben muß, so kann man sich ausrechnen, wann er nach Wochen oder Monaten seine Rückenmuskelschmerzen bekommt."

Dazu möchte ich eigene Erfahrungen, die ich bei einer Praxisvertretung in Mittelfranken machte, hinzufügen. Bei dem Patientenkontingent der Praxis befanden sich auch Strickerinnen einer Strickereifabrik. Schon 19- und 20-jährige junge Frauen suchten ständig die Praxis wegen starker Schmerzen von Seiten der HWS und von Seiten beider Schultergelenke auf. Viele der Strickerinnen konnten nur unter der Einnahme von Analgetika oder Antirheumatika ihrer Arbeit nachkommen.

IX. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die Durchsicht des Materials brachte folgende Ergebnisse:

- I. Es fand sich ein statistischer Gipfel der Krankschreibung im Februar/März 1985, bedingt durch eine starke Zunahme der Erkältungskrankheiten in dieser Zeit. In den übrigen zehn Monaten blieb die Zahl der Krankschreibungen pro Monat auffallend konstant, sie lag im Mittel bei 23 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen je Monat.
- II. Bei der Krankschreibung fand sich entsprechend den unterschiedlichen Krankheitsverläufen auch eine verschieden lange Dauer der Krankschreibung. Lagen Erkältungskrankheiten vor, so wurde im allgemeinen vier und fünf Tage krankgeschrieben. Auch bei schwereren Verläufen unter diesen Erkrankungen war die Arbeitsunfähigkeit spätestens nach elf Tagen beendet. Sehr wahrscheinlich bestand für die Arbeitsunfähigkeitsdauer in diesen Fällen eine Abhängigkeit von der Immunitätslage der Erkrankten, Nachkrankheiten, wie z.B. Pneumonien, kamen nicht in Beobachtung. Bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates war die Arbeitsunfähigkeitsdauer wesentlich länger. Unter Berücksichtigung aller Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen fand sich, daß die Krankschreibung im allgemeinen nach 13 Tagen abgeschlossen war. (Dies ist eine statistisch errechnete Zahl.)

III. Bemerkungen und Ergänzungen zu den Fällen, deren Dauer der Arbeitsunfähigkeit zwischen 25 Tagen und 73 Tagen lag

Von den 251 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wurden 12 Fälle wegen ihrer ungewöhnlich langen Krankschreibungsdauer näher untersucht.

Über diese 12 Fälle ist zu berichten:

1. Eine 54-jährige Schneiderin wurde 29 Tage wegen Myokarditisverdacht krankgeschrieben. Der Verdacht konnte serologisch und im EKG-verlauf jedoch nicht bestätigt werden.
2. Ein 20-jähriger Schreiner wurde infolge eines Autounfalls mit Fraktur des LWK I und mit Scapulafraktur rechts und längerer stationärer Behandlung im Anschluß an die stationäre Behandlung 30 Tage krankgeschrieben, weil er wegen starker Schmerzen im Bereich der LWS

nicht mehr als Schreiner arbeiten konnte. Nach einem Anschlußheilverfahren besteht jetzt wieder Arbeitsfähigkeit.

3. Ein 40-jähriger, selbstständiger Kaufmann (bei einer Ersatzkasse versichert) wurde 31 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Es bestand ein hartnäckiges Schulter-Arm-Syndrom rechts und eine Lumbalgie. Trotz Ausschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten (Überweisung zu einem Orthopäden, zu einem Neurologen, Veranlassung von Computertomogramm und Szintigramm) konnten keine krankhaften Befunde für die geklagten Beschwerden erhoben werden. Der Patient hatte eine Krankentagegeldversicherung auf privater Basis abgeschlossen, und zum Zeitpunkt der hartnäckigen Beschwerden, die keiner Therapie zugänglich waren, wurde das Eigenheim des Patienten erweitert. Der Verdacht einer Simulation lag gewissermaßen "auf der Hand". Wie fast immer in solchen Fällen ist es schwierig, um nicht zu sagen unmöglich, die Simulation ärztlicherseits zu verifizieren. Auch die Vorstellung beim Vertrauensarzt brachte keine Änderung der Situation. Derzeit ist der Patient wieder völlig beschwerdefrei!
4. Ein 37-jähriger Lastwagenfahrer wurde wegen Ulcus ventriculi-Verdacht 33 Tage krankgeschrieben. Der Patient entzog sich der eingehenderen Diagnostik (Gastroskopie), indem er die internistische Praxis, in die er überwiesen wurde, vor Untersuchungsbeginn wieder verließ. Die Frage ist interessant, wie der Fall einzuordnen ist. In England hat 1969 das Royal College of General Practitioners eine Liste veröffentlicht, wie die Fälle in der außerklinischen Praxis nach Gruppen systematisiert werden können, und folgende Auflistung vorschlagen (5):
 - a) minor illness
(upper respiratory infections, common gastrointestinal dyspepsias, Skin disorders...)
 - b) major illness
(pneumonia, myocardial infarction, appendicitis...)
 - c) chronic illness
(chronic rheumatism, rheumatoid arthritis, chronic mental illness...)
 - d) social pathology
(loneliness, broken homes, problem families, divorce...)

Der obige Fall gehört sicher in die Gruppe d) dieser Einteilung. Der Patient hatte, wie später zu erfahren war, finanzielle und familiäre Probleme. Ein Gasthaus, das die Frau betrieb, mußte versteigert werden. Er selbst wurde arbeitslos.

5. Eine 22-jährige Altenpflegerin wurde 33 Tage wegen eines Discusprolapses bei LWK 4/5 rechts, der radiologisch und computertomographisch gesichert war, arbeitsunfähig geschrieben. Es erfolgte erst konservative Behandlung und dann stationäre Einweisung in eine Orthopädische Klinik zur operativen Therapie.
6. Ein 22-jähriger Metzger wurde 42 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Nach einem Autounfall, bei dem sich der Patient eine Fraktur des 9., 10. und 12. BWK zuzog, kam es zu einer Defektheilung mit Gibbusbildung und starken Schmerzen im Bereich der BWS. Bei dem Patienten wird jetzt im Anschluß an ein Heilverfahren eine Umschulung erfolgen, da der Patient seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben kann.
7. Eine 19-jährige Schneiderin wurde 43 Tage wegen eines Discusprolapses bei LWK 4/5 arbeitsunfähig geschrieben. Es erfolgte konservative Therapie. Derzeit ist diese Patientin beschwerdefrei in ihrem Betrieb tätig.
8. Eine 17-Jährige, angestellt als Lehrling in einem Gärtnereibetrieb, erlitt einen Motorradunfall mit Fraktur des 8. und 9. BWK mit kurzzeitiger Blasen- und Beinlähmung. Sie wurde im Anschluß an den stationären Aufenthalt 46 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Die angestrebte Berufsausbildung zur Gärtnerin konnte nicht fortgesetzt werden, derzeit ist die Patientin zuhause im landwirtschaftlichen Betrieb tätig.
9. Ein 46-jähriger Patient wurde im Anschluß an einen stationären Aufenthalt 48 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Der Patient befand sich wegen einer Endocarditis in der Klinik. Nach der Krankenhausentlassung bestand noch eine Herzinsuffizienz mit Ödemen und Belastungsdyspnoe. Derzeit ist der Patient fast beschwerdefrei unter medikamentöser Therapie in seinem Betrieb tätig, er arbeitet in einer Skifabrik.

10. Ein 36-jähriger Arbeiter bei BMW (Bayerische Motorenwerke Dingolfing) wurde 49 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Er befand sich während dieser Zeit wegen eines Discusprolapses bei LWK 4/5 rechts laufend in orthopädischer Behandlung. Nach erfolgloser konservativer Therapie erfolgte ein operativer Eingriff.
 11. Eine 42-jährige Landwirtin wurde 45 Tage krankgeschrieben. Sie ist Mitglied der Landkrankenkasse Landshut, und sie bestand auf einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, weil sie sonst nicht um die Zuteilung einer landwirtschaftlichen Betriebshilfe hätte eingeben können. Bei der Patientin besteht das dritte Rezidiv eines Mamma-Carcinoms rechts. Daneben fanden sich jetzt auch noch Lebermetastasen. Es erfolgte zytostatische Therapie und Radiatio. Es ging hier überhaupt nicht um Krankengeld, sondern allein um Aufrechterhaltung der eigenen Landwirtschaft, von hier aus bestand Existenzgefährdung der Familie, nicht nur persönliche Existenzgefährdung.
 12. Ein 49-jähriger Schreiner (während des Winters arbeitslos gemeldet) wurde im Winterhalbjahr 73 Tage krankgeschrieben. Es erfolgte Überweisung zum Orthopäden, wo der Patient wegen einer Coxarthrose rechts und eines Lumbalsyndroms behandelt wurde. Derzeit ist der Patient beschwerdefrei und wieder in seinem Beruf tätig. Es muß fast zwingend angenommen werden, daß hier mindestens zeitweise ein Problem, oder Probleme bestanden, wie sie in der Liste des Royal College of General Practitioners unter d) genannt sind, das heißt Störungen, die aus der engsten persönlichen Umwelt stammten. Es kann hinzugefügt werden, daß die Diagnose Coxarthrose bei einem 49-Jährigen eine auffällige Diagnose darstellt.
- IV. Aus mehrjähriger Tätigkeit in einer Landpraxis konnte die Erfahrung gemacht werden, daß die Arbeitnehmer seit 1980 zunehmend schneller wieder arbeitsfähig werden wollten, als in früheren Jahren, oder daß die Arbeitnehmer oft trotz Erkrankung nicht krank geschrieben werden möchten. Man muß vermuten, daß ein Zusammenhang zwischen den steigenden Arbeitslosenzahlen und der sinkenden Tendenz zur Krankschreibung besteht.

Eine Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung kann vom Arzt gewünscht und empfohlen werden, sie kann aber auch überwiegend allein vom Patienten gewünscht oder abgelehnt werden; hier besteht über die Sozialgesetzgebung ein erheblicher Ermessungsspielraum sowohl für den Hausarzt, als auch für den versicherten Patienten.

Eine Statistik über die Abwesenheitsentwicklung der letzten 5 Jahre im BMW-Werk Dingolfing (aus diesem Werk rekrutiert sich ein erheblicher Anteil meiner Patienten) ergab folgende Werte:

Tab.29:Arbeitsunfähigkeitstage infolge Erkrankung,aufgegliedert nach Kalenderjahr und Beschäftigungsart.Die angegebenen Werte beziehen sich auf den Durchschnitt in Prozent zu den Sollarbeitstagen

Arbeitnehmer- Status	1980	1981	1982	1983	1984	Mai 85
Fertigungs- löhner (Ak- kord)	10,4	9,5	7,7	7,5	7,7	7,8
Gemeinkosten- löhner	6,9	6,3	5,8	5,6	5,5	5,3
Angestellte	3,6	3,8	3,4	3,1	3,2	2,8

Die Tabelle zeigt einen kontinuierlichen Rückgang der Fehlzeiten infolge Erkrankung.

- V. Desweiteren ist bei den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zu berücksichtigen, daß etwa ein Drittel der Krankenscheine in der untersuchten Praxis der Landkrankenkasse zugeordnet werden müssen. Landwirte werden jedoch nicht krankgeschrieben, nur ein Mitglied der LKK, eine Landwirtin mit rezidivierendem Mamma-carcinom, benötigte die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Genehmigung einer landwirtschaftlichen Betriebshilfe. Im Gegensatz zu Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen usw. bestehen bei den Landkrankenkassen, was die Arbeitsunfähigkeitsschreibung infolge Erkrankung betrifft, völlig andere Situationen.

X. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit untersucht die Hauptdiagnosen und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit wegen Erkrankung unter den Patienten einer Landpraxis.

Die Ergebnisse waren:

1. Den Hauptanteil an der Krankschreibung tragen zwei Diagnosegruppen, und zwar
 - a) die "Erkältungskrankheiten"
 - b) die Erkrankungen des Bewegungsapparates.
2. Für die "Erkältungskrankheiten" kann ausgesagt werden:
die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung betrug in der untersuchten Praxis in der Regel nicht länger als 13 Tage, mit einem deutlichen Maximum im Bereich von nur 4 und 5 Tagen, wahrscheinlich in Abhängigkeit von der Immunitätslage der Patienten.
3. Bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates konnte ein Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz und dem ausgeübten Beruf festgestellt werden, was oft auf einseitige, körperliche Belastung in bestimmten Berufen zurückzuführen ist.
4. In jenen Fällen, die einer überdurchschnittlich lange Dauer der Krankschreibung aufwiesen, wurden die Gründe hierfür geschildert. Die Anlässe für die Krankmeldung lagen in einem Bereich, der heute entweder als "Soziatrie" (13) oder - weniger treffend - als "Sozialpsychiatrie" (21) bezeichnet wird. Was die Häufigkeit solcher Vorkommnisse betrifft, führte die epidemiologische Forschung 1967 den Begriff "soziale Epidemiologie" ein. (14).
5. Die Mitglieder der Landkrankenkas sen (LKK) können bei den Untersuchungsergebnissen in einer Landpraxis nicht berücksichtigt werden, da bis auf wenige Ausnahmen (wie z.B. Genehmigung einer Betriebs-hilfe) eine Krankschreibung von LKK-mitgliedern nicht möglich ist.
6. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung lag häufig an einem Wochenbeginn. Offensichtlich liegen hier Verhaltensweisen vor, die nicht nur aus der Persönlichkeit und ihrer Lebensgeschichte - der Erkrankung - zu erklären sind, sondern es geht um Verhaltensmuster, die vom sozialen System mit geprägt werden. (15).

XI. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Brandlmeier P., Krankschreibung und Krankenstand, Umdruck
Nr. 6, München (1976), Privatdruck
- 2 Busse H., Über das Problem des Krankenstandes,
Der Prakt. Arzt, 9, 1542, (1972)
- 3 Faust G., Die Arbeitsunfähigkeitsfeststellung,
Ärztebl. Rheinland Pfalz, 7, 519 (1982)
- 4 Friedrichs H., Hacker W., Lange E. et al., Fehlzeiten
im Betrieb, Düsseldorf: Econ, 1962
- 5 Fry J., Present state and future needs of general practice,
published by the Council of the Royal College of general
practitioners, London, Livingstone, 1970
- 6 Gritschneder O., Patient-Arzt-Versicherung, Frankfurt;
Ullstein, 1969
- 7 Häussler S., Ökonomische Dimension im Gesundheitswesen,
Der Prakt. Arzt, 19, 1496, (1982)
- 8 Häussler S., Das banale Problem: "Die Krankschreibung",
Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, 26, (1976)
- 9 Hamm H., Allgemeinmedizin, Stuttgart: Thieme, 1975
- 10 Hoch E., Schreiben Ärzte zuviel krank, Der Prakt. Arzt,
19, 12, (1982)
- 11 Kellner W., Der betriebliche Krankenstand und seine
soziologischen Ursachen, Stuttgart: Gentner, 1967
- 12 Liebold R., Handlexikon des Kassenarzt- und
Kassenzahnarztrechtes, St. Augustin: Asgard, 1981
- 13 Peters U. H., Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen
Psychologie, München: Urban & Schwarzenberg, 1979
- 14 Pflanz M., Soziale Epidemiologie, Verhandlungen der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 73, (1967)
- 15 Pflanz M., Die soziale Dimension in der Medizin,
Stuttgart: Hippokrates, 1975

- 16 Schaefer H., Blohmke M., Sozialmedizin, Stuttgart: Thieme, 1978
- 17 Silomon H., Der Aussagewert der kassenärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Der Prakt. Arzt, 15, 2076 (1978)
- 18 Sopp H., Brandlmeier P., Eberlein R., Die Allgemeinpraxis, Berlin: Springer, 1974
- 19 Schultze-Lans E., Allgemeinmedizin-Versuch einer Begriffsbestimmung, Fortschritte der Medizin, 99, 1207, (1981)
- 20 Stirn H., Paul H., Der Aussagewert des Krankenstandes, Köln: Bartmann, 1963
- 21 Thiele G., Handlexikon der Medizin, München: Urban & Schwarzenberg, 1981
- 22 Zöllner N., Häussler S., Brandlmeier P., Korfmacher J., Hausärztliche Versorgung, Berlin: Springer, 1974

LEBENS LAUF

Am 27.09.1950 als viertes Kind des Dr. med. Karl Hlawa und seiner Ehefrau Elisabeth in Reibing/Landkreis Straubing geboren.

Von 1956 - 1960 Besuch der Volksschule Reibing.

Von 1960 - 1969 Besuch des Humanistischen Gymnasiums Straubing.

Von Oktober 1969 bis April 1970 Schwesternhelferin im Krankenhaus Rechts der Isar in München und im Elisabeth-Krankenhaus in Straubing.

Im Sommersemester 1970 Beginn mit dem Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilian-Universität München.

1971 Vorphysikum, 1973 Physikum, im Sommersemester 1976 Staatsexamen.

1978 (Februar) Approbation nach 8 Monaten Tätigkeit als Medizinalassistentin auf der Internen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Landshut (Prof. Köhler) und 4 Monate Tätigkeit als Medizinalassistentin auf der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Regensburg.

Vom April 1978 bis März 1981 Assistenzärztin auf der Inneren Abteilung des Elisabeth Krankenhauses Straubing. (Prof. Grabner).

Vom April 1981 bis Dezember 1981 Praxisvertretungen in Mittelfranken und Niederbayern.

Ab 1.1.1982 Tätigkeit als Praktische Ärztin, zunächst in einer Gemeinschaftspraxis mit dem Vater, ab 1.1.1985 alleinige Weiterführung der Praxis.

